

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

RENATA FORTUNA

Izola, 2015

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**PREDSODKI V ZDRAVSTVENI NEGI IN VPLIV
PREDSODKOV NA DELO MEDICINSKIH SESTER
PREJUDICE IN NURSING CARE AND IMPACT ON THE WORK
OF NURSES**

Študent: RENATA FORTUNA

Mentor: doc. dr. KATARINA BABNIK

Somentor: mag. TAMARA ŠTEMBERGER KOLNIK

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

Izola, 2015

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Renata Fortuna izjavljam, da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;

- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

Renata Fortuna

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Predsodki v zdravstveni negi in vpliv predsodkov na delo medicinskih sester
Tip dela	Diplomska naloga
Avtor	FORTUNA, Renata
Sekundarni avtorji	BABNIK, Katarina / ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara / ČUK, Vesna
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2015
Strani	51, 51 str., 2 pregl., 1 sl., 0 pril., 4 vir.
Ključne besede	Predsodki, zdravstvena nega, medicinske sestre
UDK	616-083:316.647.8
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	<p>Med pregledom literature za diplomsko nalogo smo prišli do ugotovitve, da obstaja zelo malo raziskav glede predsodkov v zdravstveni negi ter o tem, kako se zdravstveni delavci soočajo z njimi na delovnem mestu. Namen diplomske naloge je preučiti prevladujoča stališča in predsodke zdravstvenih delavcev predvsem do ranljivih skupin ter ugotoviti kako zaposleni v zdravstveni negi doživljajo vpliv predsodkov pri opravljanju svojega dela. Cilji diplomske naloge so odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja. Odgovor na prvo vprašanje smo iskali s pomočjo poročil iz raziskav, ki so bile narejene na področju predsodkov zdravstvenih delavcev. Na drugo in tretje raziskovalno vprašanje pa smo si odgovorili s pomočjo raziskave in podane ankete, ki je potekala med študenti na podiplomskem študiju. Z anketo med študenti smo hoteli izvedeti kako mladi in bodoči zdravstveni delavci gledajo na problem predsodkov do ranljivih skupin, ki se dogajajo v zdravstveni negi ter ali predsodki vplivajo na delo zdravstvenih delavcev. Rezultati ankete so pokazali, da imajo mladi, bodoči zdravstveni delavci pozitiven odnos do ranljivih skupin, zavedajo se prisotnosti predsodkov v zdravstveni negi ter vplivanja družbe, medijev, itd. na to. Poleg tega so rezultati pokazali tudi visoka etična stališča mladih zdravstvenih delavcev.</p>

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	Prejudice in health care and impact on the work of nurses
Type	Graduation Thesis (University studies)
Author	FORTUNA, Renata
Secondary authors	BABNIK, Katarina / ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara / ČUK, Vesna
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2015
Pages	51 p., 2 tab., 1 fig., 0 ann., 4 ref.
Keywords	Prejudice, nursing treatment, nurses
UDC	616-083:316.647.8
Language	slv
Abstract language	slv/eng
Abstract	<p>The review of literature for thesis we have come to the conclusion that there is very little research regarding bias in health care and how health care professionals are faced with them in the workplace. The purpose of the thesis was to examine the prevailing views and prejudices of health professionals especially to vulnerable groups and to determine how employees in health care experienced the impact of bias in the performance of their duties. The objectives of the thesis is to answer the research questions. The answer to the first question we were looking for with the help of reports from research that have been made in the field of health workers prejudices. On the second and third research question we have to answer with the help of research and given survey, which took place at the postgraduate level. The survey among students, we wanted to find out how the young and prospective health workers face the problem of prejudices towards vulnerable groups that are happening in health care and prejudices affect the work of health professionals. The results showed that young people, the future health professionals positive attitudes towards vulnerable groups are aware of the presence of bias in health care and the influence of society, the media, etc. on it. Moreover, the results also showed high ethical views of young health professionals.</p>

KAZALO VSEBINE

Ključne informacije o delu	III
Key words documentation	V
Kazalo vsebine	VII
Kazalo slik	IX
Kazalo preglednic	XI
Seznam kratic.....	XIII
1 Uvod.....	1
1.1 Predsodki in stereotipi	3
1.1.1 Predsodki	3
1.1.2 Stereotipi.....	3
1.1.3 Izvor predsodkov	4
1.1.4 Izvor stereotipov	4
1.1.5 Vrste predsodkov	5
1.1.6 Izražanje predsodkov	6
1.2 Predsodki do zdravstvene nege	6
1.3 Predsodki v zdravstvu in v zdravstveni negi	7
1.3.1 Vpliv predsodkov na delo medicinskih sester	11
1.3.2 Spreminjanje predsodkov	15
2 Namen, cilji in raziskovalna vprašanja	17
2.1 Metode dela	18
2.2 Vzorec	18
2.3 Inštrument	18
2.4 Potek raziskave.....	18
3 Rezultati	19
4 Razprava	22
5 Zaključek	25
6 Viri	27
Povzetek.....	31
Summary.....	32
Zahvala.....	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Vpliv zaznane diskriminacije na zdravstvene izide.....	10
---	----

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Povprečne ocene in standardni odkloni ocen posameznih trditev lestvice o predsodkih v zdravstveni negi	19
Preglednica 2: Korelacije (Pearsonov koeficient korelacije) med trditvami lestvice o predsodkih v zdravstveni negi	21

SEZNAM KRATIC

AIDS	Acquired Immune Deficiency Sindrom, sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti
HIV	Human immunodeficiency virus, virus humane imunske pomanjkljivosti

1 UVOD

V zgodovini proučevanja predsodkov zdravstvenih delavcev na področju zdravstvene nege je moč zaslediti dve smeri – predsodki do zdravstvene nege in predsodki v zdravstveni negi. Številne študije, ki so bile narejene v 19. stoletju (Jesus in sod., 2010), kažejo na to, da je bila že sama zdravstvena nega za ljudi v tistem času predsodek. Medicinske sestre so predsodke o izbiri poklica zaznavale od najbližjih ljudi, kot so oče, mati, bratje, sestre, prijatelji, itd. V klinični praksi pa se je zdravniško znanje povzdigovalo v škodo znanja medicinskih sester z različnimi prepričanji, da znanstveno-tehničnega znanja ni potrebno prakticirati v zdravstveno nego. Druga smer predsodkov, ki je bila proučevana, so predsodki v zdravstveni negi. Nastran Ule (2000) ugotavlja, da se predsodki v zdravstveni negi najpogosteje kažejo pri ranljivih skupinah, kot so istospolno usmerjeni pacienti, brezdomci, priseljenci, Romi in drugi. Številni avtorji opozarjajo na neozaveščenost o neenakosti v kakovosti zdravstvene nege, posledica tega pa je odvrčanje pacientov od zdravstvenega varstva (Burgess in sod., 2008). Nastran Ule (2000) izpostavlja še en problem, ki je posledica predsodkov, in to je diskriminacija. Vplivi diskriminacije se ne kažejo samo na osebi s predsodki, ampak tudi pri družinskih članih (Nastran Ule, 2000).

Predsodki so še vedno zelo živi in vse nas zadevajo v takšni ali drugačni obliki. Gergen (cit. po Nastran Ule, 2000, 164) je napisal: *»Družbe so prežete s predsodki. Vsakdo ima nekaj predsodkov in je obenem žrtev predsodkov.«*

Kljub številnim študijam (Kirkham in Anderson, 2002) se še dandanes kažejo razlike v kakovosti zdravstvenega varstva med različnimi rasami in etničnimi skupinami. Vzrok za te razlike so predvsem nizki dohodki, omejena izobrazba, omejen dostop do zdravstvenega varstva in zavarovalnic. Proces ocenjevanja izvajalcev zdravstvenih storitev lahko prispeva k dvigu ozaveščenosti o predsodkih in diskriminaciji, ki obstaja v sistemu zdravstvenega varstva (Kirkham in Anderson, 2002). Rezende (1993) v skladu s kritično družbeno teorijo piše o spremembah, ki bi spremenile prevladujoči se pogled na svet kot bistvene za dvig zavesti o potrebi po spremembah. Ozaveščanje percepcije pacientov o predsodkih v zdravstvu bi lahko razširili z raziskavo, ki bi vključevala oceno predsodkov pacientov različnih narodnosti, ras, spolne usmerjenosti in spola. Pomembno pa je tudi oceniti dožemanje predsodkov in diskriminacije mladih ljudi v sistemu zdravstvenega varstva. Takšne ocene lahko pomagajo pri ozaveščanju mladih o problemu neenakosti v kakovosti zdravstvenega varstva za ranljive skupine prebivalstva (Kirkham in Anderson, 2002).

Sodobna družba je še vedno polna predsodkov do »drugačnih«. Drugačnost ljudje sprejemajo z negativnim pristopom, predsodki, stigmatizacijo in diskriminacijo. V Sloveniji in tudi nasploh je istospolna usmerjenost še vedno tabu tema, o kateri se v javnosti zelo malo govori. To nakazuje na to, da ljudje nismo pripravljeni sprejeti drugače usmerjenih. Tudi raziskave (Švab in Kuhar, 2005), ki so bile narejene v zdravstveni negi kažejo, da se zdravstveni delavci počutijo neprijetno med izvajanjem zdravstvene nege istospolno usmerjenim pacientom. To pa zato, ker velika večina ljudi istospolno usmerjenost povezuje z okužbo z virusom HIV/AIDS. Slovenska družba je zelo diskriminatorna tudi do Romov in brezdomcev, kot tudi do ljudi, ki so odvisni od alkohola in prepovedanih drog ter drugih ranljivih skupin. Večina prebivalstva na Rome

gleda še vedno kot na tujce. Dogodki iz preteklosti, nomadski način življenja in drugačnost so povzročili in ohranili stereotipne predstave in predsodke o Romih (Klopčič, 2007). Prav tako ima družba predsodke do brezdomcev. Večina ljudi jih ima za umazane, zanemarjene, čeprav se ljudje ne zavedajo kako kratek je korak do brezdomstva (Jovanović in Trefalt, 2013).

Med pregledom virov smo ugotovili, da so kljub večji ozaveščenosti zdravstvenih delavcev in ostale populacije predsodki v zdravstveni negi dandanes še vedno prisotni. Najpogosteje se s predsodki v zdravstveni negi srečujejo ranljive skupine, katere so žrtve diskriminacije. Zato želim s svojo diplomsko nalogo preučiti prevladujoča stališča in predsodke zdravstvenih delavcev do ranljivih skupin in ugotoviti kako zaposleni doživljajo vpliv predsodkov pri opravljanju svojega dela. V ta namen smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja: (i) katere stereotipe in predsodke zdravstvenih delavcev ugotavlja trenutna literatura (raziskave); (ii) v kolikšni meri zdravstveni delavci pri svojem delu zaznavajo prisotnost diskriminacije in predsodkov, ter razlike v odnosu do pacientov različne rase, kulturne skupnosti, etičnih skupin, do istospolno usmerjenih pacientov; (iii) kako zaposleni v zdravstveni negi doživljajo vpliv predsodkov pri opravljanju svojega dela. Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje bomo poskušali podati v teoretičnem delu, in sicer s pregledom dosedanjih raziskav in smeri raziskovanja predsodkov v zdravstvu ter specifično v zdravstveni negi. Odgovore na drugi dve raziskovalni vprašanji pa bomo skušali podati v empiričnem delu naloge.

1.1 Predsodki in stereotipi

1.1.1 Predsodki

Beseda predsodek izvira iz latinske besede *praejudicium* (Supek, 1992), ki je skozi čas spreminjala svoj pomen. Kot ugotavlja Supek (1992), je za klasične avtorje *praejudicium* pomenilo »precedens« – sodbo, ki je zasnovana na predhodnih odločitvah in izkušnjah. Kasneje je v angleščini pomenilo sodbo brez predhodnega preverjanja in preučevanja dejstev – nagla sodba. Danes pomeni emocionalno obravnavo sprejemanja in zavračanja, ki ji sledi apriorna in neosnovana sodba (Supek, 1992).

Stereotipe navadno tesno povezujemo s predsodki. Ti pomenijo vnaprejšnje in nekritično prevzete vrednostne sodbe, ki ne temeljijo na logično in empirično utemeljenih presojah, ampak na nekritično stereotipnih, posplošenih predstavah, ki so skrajno poenostavljene in kategorične (»črnci so neumni«, »vsi kapitalisti so izkoriščevalci«) (Musek, 1994). Predsodki se od običajnih napačnih sodb razlikujejo po temah in so izredno odporni. Zlepa jih ne opustimo, tudi tedaj ne, ko smo soočeni z utemeljenimi dokazi, da slednji ne veljajo (Musek, 1994).

V socialni psihologiji predsodek pogosto definiramo kot vrsto stališč, ki niso upravičena, argumentirana in preverjena, a jih spremljajo intenzivne emocije in so odporna na spremembe (Nastran Ule, 2000). Nastran Ule (2000) navaja, da so predsodki lahko pozitivni ali negativni; lahko imamo pozitivne ali negativne predsodke do nekateri skupin in poklicev ali do nekih družbenih pojavov in institucij.

1.1.2 Stereotipi

Že od dvajsetih leti tega stoletja naj bi stereotipi po prevladujočem pogledu označevali neutemeljeno, s predsodki obremenjeno mišljenje. Istoveti se jih s »skoraj vsem, kar je v splošno prejetem mišljenju pomanjkljivo« (Nastran Ule, 2000). Nastran Ule (2000) povzema ključne elemente za stereotipe, ki veljajo za nespremenljive, rigidne, izkrivljene predstave, ki ne upoštevajo družbenih sprememb in individualnih razlik. Odražajo in spodbujajo družbene predsodke.

Stereotip je rezultat nujnosti, sklepanja na osnovi omejnih informacij in potreb. Tako lahko poenostavimo kompleksnost pojavov in dogajanj ter se izognemo napačnemu dojetju zaznav (Nastran Ule, 2000).

Musek (1994) ugotavlja, da stereotipi igrajo glavno vlogo pri vsakdanjemu prilagajanju na socialno okolje, obenem pa izkrivljajo realnost, podobo ljudi, katera pokaže kakšni so v resnici (enkratni, različni). Stereotipiziranje je proces opisovanja ljudi na osnovi njihove skupinske pripadnosti. To pa lahko vodi do napak v pripisovanju (Musek, 1994). Tako so posamezniki bolj podobni članom svoje skupine in bolj različni od članov drugih skupin. Zato druge skupine zaznavamo pristransko in diskriminatorno, saj smo prepričani, da je »naša« skupina boljša kot »njihova« (Meserko, 2006). Tako lahko stereotipe v najboljšem primeru označimo kot proces poenostavljanja, v najslabšem primeru pa kot sredstvo za nastajanje predsodkov in patologij (Nastran Ule, 2000).

Največ pozornosti so raziskovalci posvetili etničnim stereotipom. Nastanejo z generalizacijo določenih značilnosti in lastnosti skupine ali naroda (Nastran Ule, 2000). Raziskave so pokazale, da nobeden izmed narodov in nobena etnična skupina nista varni pred avtostereotipi, niti pred heterostereotipi (Musek, 1994).

1.1.3 Izvor predsodkov

V psihologiji se je razvilo več teoretskih razlag, ki poskušajo razložiti oblikovanje predsodkov. Nastran Ule (2000) določa tri sklope teoretičnih razlag predsodkov. Prvi sklop teoretičnih razlag predpostavlja, da predsodki izhajajo iz prirojenega strahu pred vsem tujim, nerazumljivim, drugačnim (potlačene frustracij ljudi). Drugi teoretski sklop sledi Adornovi tezi o avtoritarni osebnosti, da razvoj predsodkov izhaja iz razvoja določene strukturne osebnosti (anksiozne, negotove vase, avtoritarne). Tudi razvoj takšne osebnosti ima svoj izvor predvsem v otroštvu (stroga vzgoja, nadzorovanje, omejevanje in kaznovanje, brez bližine). Tretji teoretski model išče vzroke v socialnem okolju (starši, družina, tradicija, vrstniki, množični mediji) (Nastran Ule, 2000).

Pogoje za nastanek predsodkov lahko delimo na dva nivoja: makrosocialne pogoje in mikrosocialne pogoje. Pri makrosocialnih pogojih razlikujemo ekonomsko-politične pogoje, kjer gre za vpliv spremenjene družbene strukture na formiranju predsodkov in kulturno-normativne pogoje, kjer je najmočnejše oblikovanje predsodkov tedaj, ko jih opravičujejo utrjene norme in kulturni vzorci obnašanja (Nastran Ule, 2000).

Nastran Ule (2000) navaja dva glavna izvora predsodkov. Prvi izvor je zgodnja socializacija, ki ima svoj izvor v zgodnjem otroštvu, ko pod vplivom staršev in drugih avtoritet sprejemamo prve močno posplošene sodbe o socialnem svetu okrog sebe. Že enkrat osvojene klasifikacijske sheme je zelo težko modificirati in postanejo neobčutljive za novo izkustvo in protidejstva (Nastran Ule, 2000). Raziskave (Nastran Ule, 2000) so pokazale, da se predsodki intenzivno večajo do pozne adolescence, ko se stabilizirajo. Zanimivo pa je, da ugotovitve nihajo glede na čas in prostor. Dva pomembna izvora predsodkov pri otrocih sta družina in mediji (otroška literatura, TV, ...). Tudi šola lahko s svojim učnim načrtom bistveno vpliva na nastanek predsodkov. Raziskave pri nas so pokazale, kako so šolska berila in obvezni učbeniki polni spolnih stereotipov in predsodkov. Tako so najbolj primarni in prvi predsodki v otroštvu spolni in etični (Nastran Ule, 2000).

1.1.4 Izvor stereotipov

Psihološki izvor predsodkov in stereotipov ni enoten. Na nastanek, oblikovanje in spreminjanje stereotipov lahko vpliva več dejavnikov. Med delujoče dejavnike in faktorje za nastanek stereotipov uvrščamo naslednje (Musek, 1994):

- delovanje jaza, samopodobe (podobo, ki jo ustvarimo o sebi moramo vzdrževati na visokem nivoju, saj nam omogoča občutek lastne vrednosti in samospoštovanja),
- kognitivno urejanje (ljudje strmimo k temu, da si s svojimi kognitivnimi shemami uredimo stvarnost, ki nas obdaja in jo naredimo pregledno),

- atribucija (stereotipi lahko predstavljajo preprosto in velikokrat napačno atribucijo, ki nam »razlaga« probleme, za katere krivimo določene ljudi ali skupine),
- projekcija (omogoča nam, da si lastne napake in probleme, ki si jih povzročamo sami, preslikamo v druge),
- kanaliziranje agresivnosti in emocij (v življenju je kdaj pa kdaj potrebno sprostiti svoje emocije in agresijo, vendar v tem primeru velikokrat pride do nastankov stereotipov),
- redukcija strahu in negotovosti (ljudje težko prenašamo strah in negotovost, zato nam stereotipi in predsodki nudijo zaščito in nas osvobodijo negativnih občutkov),
- socialno učenje (ker so stereotipi in predsodki zelo enostavni in jih zato tudi težko preverjamo, so lahek predmet socialnega učenja, povečevanja in širjenja) (Musek, 1994).

1.1.5 Vrste predsodkov

Ločimo pozitivne in negativne predsodke (Babšek, 2006). Pozitivni predsodki so, kadar pripadnikom določenih skupin ali poklica pripisujemo pozitivne lastnosti, in zaradi tega bodo do njih pozitivno usmerjeni. Vse dejavnosti take skupine bomo ocenjevali pozitivno (npr. nekdo ima pozitivne predsodke do zdravnikov, saj jih vidi kot »bele bogove« in lahko v primeru slabega govorjenja o njih v njegovi bližini postane agresiven). Negativni predsodki pa so povezani z negativnimi socialnimi posledicami. Ti predsodki označujejo posameznike določenih skupin za manjvredne, manj spodobne in razvite (Babšek, 2006).

Poznamo naslednje vrste predsodkov (Babšek, 2006):

- etične predsodke (zavračanje in sovraštvo do pripadnikov določenih nacionalnih skupin),
- rasne predsodke (poudarjanje manjvrednosti drugih ras),
- spolne predsodke (izražanje zaničevanja do pripadnikov drugega spola, spolne usmeritve, npr. do homoseksualcev, gejev, itd),
- verske predsodke (zavračanje pripadnikov drugih verskih skupnosti) (Babšek, 2006).

Stereotipe ločimo na (Musek, 1994):

- avtostereotipe (stereotipi o lastnem narodu, kjer so ocene vedno pozitivne),
- heterostereotipe (stereotipi o drugih narodih, skupinah, kjer so ocene bolj negativne),

- metastereotipe (predstava o tem, kakšno predstavo imajo drugi o meni).

Homoseksualnost in spolnost je za veliko ljudi še vedno tabu tema. Homoseksualni spolni odnosi pa so še toliko večji tabu, ker odstopajo od predstav večine ljudi in gre za nekaj na kar večina nima nobenega vpliva. Ker večina ljudi tega ne razume in ne pozna, se to smatra kot »nevarno« (Šnolc, 2010).

1.1.6 Izražanje predsodkov

Predsodkov, ki se izražajo preko šal, dvoumnosti, nespoštljivosti, netolerantnosti in podobno, se pogosto ne zavedamo, ker sem nam zdijo vsakdanji. Vendar pa lahko predsodki hitro postanejo »družbeno vezivo množic in se širijo kot virus«. Takrat so predsodki orodje za agresijo, opravičila vsakodnevnih diskriminacij, izganjanje in prepuščanje ogroženih skupin njihovi »usodi« (Kuhar, 2009).

Allport (cit. po Kuhar, 2009) omenja pet stopenj izražanja predsodkov v obnašanju posameznika in skupin.

1. Obrekovanje je izraz antipatij do drugih, ki se izvaja predvsem skozi humor (šale, vici).
2. Izogibanje oz. vzpostavljanje socialne distance do skupin do katerih imamo predsodke. Lahko se kaže na individualnem ali družbenem nivoju.
3. Diskriminacija je neposredno usmerjena proti pripadnikom drugih skupin. Ogroženim skupinam preprečuje dostop do občnih dobrin (npr. možnost šolanja, zaposlovanja, bivanja, itd.) oziroma jim jemlje njihove osnovne državljske svoboščine.
4. Nasilje je ogrožanje fizične integritete posameznikov manjšinskih skupin (npr. prepoved vstopa v različne javne institucije, fizični napadi, itd.).
5. Genocid je iztrebljanje, fizično preganjanje celih skupin, manjšin, narodov (Kuhar, 2009).

Izražanje predsodkov pri nezadovoljnih osebah lahko deluje »terapevtsko«. Če za svoje težave obtožimo določeno skupino, na simbolni ravni očistimo samo sebe in postavimo sebe ali svojo skupino nad njih (Kuhar, 2009).

1.2 Predsodki do zdravstvene nege

V diplomski nalogi se s stereotipi do zdravstvene nege sicer neposredno ne ukvarjamo, je pa ta vidik pomemben, saj kot navaja Musek (1994), je samopodoba eden ključnih elementov nastanka predsodkov in stereotipov. Predsodki in stereotipi do določenega poklica tako do določene mere vplivajo tudi na ustvarjanje predsodkov in stereotipov pri tem poklicu do manjšin, s katerimi prihajajo v stik (Musek, 1994), zato bomo na kratko povzeli nekaj ključnih raziskav o predsodkih do zdravstvene nege.

Stereotipi in predsodki so del zgodovine zdravstvene nege, ki se jih lahko določi in so podkrepljeni z dejstvom, da je zdravstvena nega videti kot »ročni« poklic, ki ga izvajajo

v glavnem ženske, to pa vodi do tega, da je poklic socialno razvrednoten (Jesus in sod., 2010). Jesus in sod. (2010) pri študiju zgodovine zdravstvene nege ugotavljajo izkrivljeno in napačno dojemanje poklica, škodljiv koncept, ki ni nič nenavadnega ali nedaven pojav. To morda izvira iz sekularizacije zdravstvene nege, ki je začela s protestantsko reformo. Na primer v Angliji, so v 17. in 18. stoletju zdravstveno nego pacientom izven bolnišnic nudili ljudje z najnižjega družbenega sloja z dvojno moralo. Posledično so bili neugledni ljudje brez kakršnega koli usposabljanja prisiljeni skrbeti za bolne ljudi. To pa je privedlo do negativne podobe zdravstvene nege v 19. stoletju (Jesus in sod., 2010). Ta podoba je v kasnejših stoletjih vztrajala v številnih evropskih državah. Zato so to obdobje poimenovali črna leta v zgodovini zdravstvene nege (Jesus in sod., 2010).

Tako Musek (1994) kot Jesus in sod. (2010) poudarjajo pomen kvalitativnih raziskav zaradi poznavanja in interpretacije narave dogodkov skozi opise človeških življenjskih izkušenj. Na podlagi teh predlogov so v Ameriki izvedli opisne, zgodovinske, socialne in raziskovalne študije z družbeno opredelitvijo določene skupine medicinskih sester, ki so diplomirale v različnih desetletjih po načelih ustne zgodovine (Jesus in sod., 2010). Namen študija je bil razumeti in poznati dojemanje skupine medicinskih sester, ki so diplomirale v različnih desetletjih, o predsodkih in strategijah za preživetje, ki so povezane z izbiro poklica, med visokošolsko izobrazbo ali strokovno prakso. Medicinske sestre, ki so sodelovale v teh študijah, so imele na neki točki v svojem življenju izkušnje s predsodki v zvezi z njihovo izbiro poklica, ali so to doživele v praksi zdravstvene nege, tako v odnosu do sebe ali poklica, med družinskimi člani, prijatelji, sodelavci ali ljudmi iz drugih krajev (Jesus in sod., 2010).

Predsodki o izbiri poklica se najpogosteje kažejo v trenutku izbire poklica. Večina teh predsodkov prihaja od bližnjih ljudi: starši, sestre in bratje, prijatelji. Poklic medicinske sestre je vedno sekundaren in hierarhično nižji od zdravniškega poklica (Moreira, 1999). Predsodki o izbiri poklica pa se kažejo tudi na dodiplomskem študiju. Udeleženec, ki je sodeloval v tej študiji, je dejal: »*Prijatelj na fakulteti me je vprašal ali bi le menjaval plenice in dajal injekcije ali bi bil raje zdravnik.*« (Jesus in sod., 2010, str. 167). Lunardi Filho (cit. po Jesus in sod., 2010) v študiji ugotavlja, da so predsodki v poklicni praksi prežeti z različnimi predstavami in miti, da so zdravniki bolje usposobljeni kot medicinske sestre. Manifestacija predsodkov v povezavi s poklicno prakso se kaže z manjvrednostjo in podrejenostjo (Jesus in sod., 2010).

Druga stereotipna predstava o poklicu medicinskih sester se ne nanaša na aktivnosti in stroko, temveč na zunanji izgled. V preteklosti so bile medicinske sestre simbol spolnosti tako v medijih kot tudi v vseh drugih komunikacijskih sredstvih (Rozendo in Gomes, 1998).

1.3 Predsodki v zdravstvu in v zdravstveni negi

Predsodke v zdravstvu najpogosteje občutijo ranljive skupine. Trbanc in sod. (2003) so ranljive skupine definirali kot skupine, pri katerih se prepletajo različne prikrajšanosti (na primer: materialna oziroma finančna, izobrazbena, zaposlitvena, stanovanjska in podobno) in ki so pri dostopu do pomembnih virov (kot je, na primer, zaposlitev)

pogosto v izrazito neugodnem položaju. Gre za skupine, katere so zaradi svoje drugačnosti, načina življenja, življenjskih okoliščin in stigmatizacije, manj fleksibilne pri odzivanju na hitre in dinamične spremembe v sodobni družbi, manj konkurenčne na trgu dela, kjer prevladuje velika tekmovalnost. Zaradi tega se te skupine pogosto odmaknejo na obrobje družbe, posledica tega pa je socialna izključenost (Trbanc in sod., 2003). Ranljive skupine v Sloveniji so:

- istospolno usmerjeni,
- Romi,
- brezdomci,
- odvisniki od prepovedanih drog,
- odvisniki od alkohola,
- zaporniki,
- priseljenci, begunci,
- osebe okužene z virusom HIV/AIDS,
- osebe s prekomerno telesno težo (Trbanc in sod., 2003).

Kakovost odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem je povezana s posledicami za zdravje (Lee in sod., 2006). Velika grožnja pri odnosu pacient – zdravstveni delavec je rasizem. Lee in sod. (2006) rasizem opisujejo kot zelo razširjen problem v zdravstvu, ki lahko privede do neenakosti zdravstvenih izidov ter odlašanjem pri iskanju zdravstvene nege. Bistven in prvi korak za izboljšanje zdravstvenih izidov je osebno zavedanje rasizma in predsodkov. Kljub najboljšim namenov ponudnikov zdravstvenih storitev še vedno pogosto prihaja do razlik, zato je pomembno ozaveščanje ponudnikov zdravstvenih storitev o rasnih in etničnih razlikah v zdravstvenem varstvu (Benkert in sod., 2006).

Štirje dejavniki, ki lahko prispevajo k neenakosti v zdravstvu, so:

- variacije fiziološkega odziva na zdravljenje: zavedati se moramo, da se moško in žensko telo drugače odziva na simptomi iste bolezni, tako lahko na primer zdravilo pri moškemu učinkuje, pri ženskah ne, ali obratno;
- razlike v obnašanju in iskanju pomoči, vključno z nepripravljenostjo za dostop do zdravstvene oskrbe ali spoštovanje priporočil za zdravljenje;
- ovire v sistemu zdravstvenega varstva, vključno z jezikom, zavarovanjem in dostopom;
- diskriminatorna praksa, vključno s »pristranskostjo proti manjšinam, večjo klinično negotovostjo pri interakciji s pacienti manjšin in prepričanji (stereotipi), ki ga vodi ponudnik o obnašanju ali zdravju manjšin« (Ohm in Rosen, 2011, str. 282).

Ponudniki zdravstvenih storitev se morajo zavedati etničnih in rasnih neenakosti v zdravstvu, kot tudi to, da razlike pri kakovosti zdravstvenega varstva prispevajo k kazalnikom zdravja (Kirkham in Anderson, 2002).

Podobno kot navajata Kirkham in Anderson (2002), navajajo tudi Schim in sod. (2007), da kulturni pogoji, narodnost in rasa zelo pogosto kažejo na razliko med skupinami, te

razlike pa se nanašajo na različne populacije iz različnih kulturnih in etničnih okolij, vključno s sub-populacijo žensk, gejev/lezbijk/biseksualcev/transseksualcev. Kulturna občutljivost obravnava odprtost osebe do drugih; odraža pripravljenost in zanimanje za učenje o drugih in zdravljenih drugih, kot bi si drugi želeli, da se jih obravnava. Kulturna kompetenca odraža mešanje zavedanja, občutljivosti in raznolikosti v praksi. Je vedenjska veščina, ki nam omogoča, da sprejemamo raznovrstnost (Schim in sod., 2007).

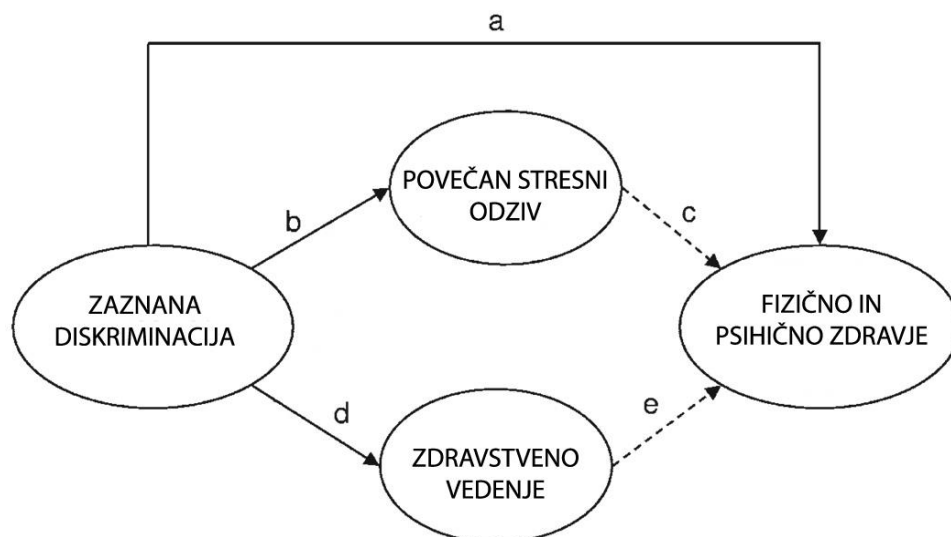
Burgess in sod. (2008) ugotavljajo, da se prizadevanje za prepoznavanje razlik v zdravstvenih izidih pretežno nagiba k značilnostim etičnih manjšin, manj pa v same težave na področju sistema zdravstvenega varstva. Ozaveščenost o neenakosti v kakovosti zdravstvene nege se je začela pojavljati šele pred kratkim. Prepoznavanje moči, ki lahko odvrtačajo pacientov dostop do zdravstvenega varstva (diskriminacija in predsodki v sistemu zdravstvenega varstva), je bistvenega pomena za razumevanje razlik kazalnikov zdravja. Ukrepe za odpravo vprašanj o neenakosti v zdravstvenem varstvu bo mogoče sprejeti z ozaveščanjem populacije o tem problemu (Burgess in sod., 2008).

Predsodki ne vplivajo le na samo obnašanje oseb s predsodki, ampak tudi na osebo, ki je objekt predsodkov. Zelo pogost tovrsten primer je diskriminacija. Nastran Ule (2000) opredeljuje diskriminacijo kot posebno obnašanje do oseb oziroma različno obravnavo oseb zaradi njihovih posebnosti, ki so označene kot drugačne, in zaradi njihove pripadnosti »zaznamovanim« skupinam.

Diskriminacija se lahko meri glede na to, kako pogosto se pojavlja v vsakdanjem življenju (kronična); število posebnih, hudih izkušenj diskriminacije (akutna); ali je prišlo do diskriminacije v zadnjem času (nedavna); ali koliko diskriminacije je posameznik doživel v življenjskem obdobju (življenjski dobi) (Williams in sod., 2003).

Williams in sod. (2009) stres navajajo kot eden od načinov za razumevanje izkušnje z diskriminacijo. Nedavne raziskave (Williams in sod., 2009) potekajo v smeri psiholoških posledic doživetja diskriminacije, ki se nanaša na stres in obvladovalni okvir ter razumeti odzive ciljev predsodkov in diskriminacije. Fizični rezultati na zdravje (npr. povišan krvni tlak, srčni utrip, izločanje kortizola), ki so povezani z diskriminacijo, so prav tako značilni kot stresni odziv. Raziskave so na primer pokazale, da je pri posameznikih, kjer je stigma pereči problem, slabša samokontrola, kot pri tistih kjer stigmatizacije ni (Williams in sod., 2009).

Slika 1 prikazuje poti preko katerih lahko diskriminatorne izkušnje vplivajo na duševno in fizično zdravje ter na zdravstveno vedenje oseb, ki doživljajo diskriminacijo.



Slika 1: Vpliv zaznane diskriminacije na zdravstvene izide (Banks in sod., 2006).

Spremembe psihičnega zdravja zaradi zaznane diskriminacije se najpogosteje kažejo z depresijo, anksioznostjo, posttravmatskim stresnim odzivom, psihozo, paranojo, psihično stisko (Jackson in sod. 2001). Ashburn – Nardo in sod. (2007) med drugim tudi opozarjajo, da je pomembna povezava med zaznano diskriminacijo in stresnim odzivom. Psihični stresni odziv se kaže na več načinov, in sicer v obliki jeze, spremembe v samopodobi, občutku dobrega počutja in življenjskem zadovoljstvu.

McCoy in Major (2003) navajata spremenljivke, ki imajo vpliv na razmerje med zaznano diskriminacijo in psihičnim zdravjem. To so:

- Socialna podpora – zmanjša vpliv zaznane diskriminacije na depresijo, pripomore pa tudi k boljšemu splošnemu počutju.
- Obvladovanje vedenja – pomemben olajšujoč učinek pasivnega obvladovanja deluje kot blažilec na zaznano diskriminacijo in depresijo, zato se je vedno najboljše aktivno spopasti s težavo. Pasivno obvladovano vedenje širi negativni odnos med zaznano diskriminacijo in rezultati v duševnem zdravju, kot so jeza in depresija, kar za aktivno vedenje ne velja.
- Opredelitev skupine – opredeljena je kot pomembna ali osrednja rasna skupina posameznika, spola, spolne usmerjenosti, itn., ki vpliva na posameznikovo samopodobo, in je odvisna od vrste diskriminacije. Blagodejno vpliva na odnos med zaznano diskriminacijo in psihičnim zdravjem. Olajšujoč učinek ima na kazalnike duševnega zdravja, kot so depresivna simptomatika, dobro počutje, samospoštovanje in zaznavanje stresa. Višja kot je stopnja opredelitve skupine, slabši so učinki na kazalnike duševnega zdravja, kot so samospoštovanje, dobro počutje, zaznavanje stresa in depresije (McCoy in Major, 2003).

Poleg tega lahko dostopnost prijateljev ali družine pomaga pri pogovoru o izkušnji diskriminacije, saj posameznik skuša obnoviti občutek lastne vrednosti in tako lahko preprečimo simptome depresije (Jackson in sod., 2001).

Miller in sod. (2007) opisujejo kako lahko zaznana diskriminacija vpliva na fizično zdravje, predvsem na dejavnike tveganja, ki so povezni z boleznimi srca in ožilja (hipertenzija, spremenljivost srčnega utripa), na številne druge bolezni in fizične pogoje (npr. medenične vnetne bolezni, sladkorna bolezen, slabša dihalna kondicija) in na druge splošne kazalnike bolezni (slabost, bolečine in glavoboli). Raven stresnih hormonov, glukokortikoidov in kateholaminov lahko pospeši bolezenske procese. Zvišana raven hormonov lahko pripelje do atrofije oziroma do propada nevronov. Če je raven hormonov povišana dlje časa, lahko take obremenitve povzročijo različne zdravstvene težave, vključno z debelostjo ter boleznimi srca in ožilja. Tovrstni odzivi organizma lahko pustijo vseživljenjske posledice (Miller in sod., 2007).

Podobno, kot to velja za odnos med zaznano diskriminacijo in psihičnim zdravjem, so spremenljivke, ki vplivajo na odnos med zaznano diskriminacijo in fizičnim zdravjem (McCoy in Major, 2003):

- Socialna podpora – socialna podpora, pri odnosu med zaznano diskriminacijo in telesnim zdravjem vpliva na splošne zdravstvene težave ter zmanjšuje težave s krvnim pritiskom.
- Obvladovanje vedenja – aktivno obvladovano vedenje pomaga zmanjšati povezavo med zaznano diskriminacijo in krvnim tlakom, medtem, ko lahko pasivno vedenje znatno omili ali poslabša učinek diskriminacije na telesno zdravje.
- Opredelitev skupine – ima blagodejni učinek v odnosu zaznane diskriminacije in telesnega zdravja. Učinki se kažejo predvsem pri samooceni zdravstvenega varstva in pri kroničnih zdravstvenih težavah (McCoy in Major, 2003).

Številne študije (Bennett in sod., 2005) so preučevale razmerje med zaznano diskriminacijo in različnimi zdravstvenimi vedenji. Ta vedenja so predvsem uživanje in zloraba alkohola, kadilsko vedenje, uporaba prepovedanih snovi, za zdravje pozitivne navade (na primer spanje, prehrana, telesna dejavnost, itd.), upoštevanje navodil glede jemanja zdravil, izpuščanje obiskov pri zdravniku ter prehranjevalne navade in odnos. Diskriminacijske izkušnje tako pogosto vodijo do nezdravih vedenj (Bennett in sod., 2005). Bennett in sod. (2005) navajajo, da sta kajenje in uživanje alkohola lahko načina za pobeg pred negativnimi vplivi in spoznanji, ki jih zaznana diskriminacija izzove. Zaznana diskriminacija lahko izzove tudi znižanje samokontrole. Nizka samokontrola zaradi diskriminacijske izkušnje lahko na posameznika vpliva na ta način, da se posameznik težko upre tveganeemu vedenju, kot je uporaba drog, alkohola in nezaščiteni spolni odnosi (Bennett in sod., 2005).

Pomembno je omeniti, da je zaznavanje diskriminacije povezano s povečanim fiziološkim odzivom stresa, več psiholoških odzivov stresa pa poveča udeležbo pri nezdravih in zmanjša sodelovanje pri zdravih vedenjih (Banks in Kohn-Wood, 2007).

1.3.1 Vpliv predsodkov na delo medicinskih sester

Medicinske sestre zavezuje Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2014, 2-3), ki v načelu I. pravi, da *»Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so*

dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja.«. v načelu III pa narekuje, da »Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštujejo dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni, ob umiranju in smrti.«. Etične skrbi medicinskih sester in sodbe lahko vplivajo na delo medicinskih sester tako, da medicinske sestre ne zagotovijo kakovostne zdravstvene oskrbe. Jormsri in sod. (2005) navajajo, da imajo medicinske sestre iz strokovnega vidika moralno dolžnost in družbeno odgovornost, da raziščejo, kako lahko njihovi predsodki in stališča vplivajo na odnos med medicinsko sestro in pacientom in rezultate pacientov po končani zdravstveni negi. Kategorizacija pacientov se izvaja glede na zahtevnost zdravstvene nege in potreb pacientov po storitvah zdravstvene nege, ker morajo medicinske sestre nuditi zdravstveno nego, ki temelji na sočutju, simpatičnem veselju, ravnodušnosti, odgovornosti, disciplini, poštenosti in spoštovanju človekovih vrednot, dostojanstva in pravic. Stereotipi so v nasprotju s Kodeksom etike medicinskih sester, ki zdravstvene delavce usmerja v zdravstveno nego brez predsodkov (Jormsri in sod., 2005).

Zdravstvo je področje, kjer se s predsodki srečujemo vsakodnevno. O negativnih stališčih, o nosečnicah okuženih z virusom HIV in posameznikih s prekomerno telesno težo poročajo zdravniki, medicinske sestre in študenti medicine, prav tako pa se negativna stališča, do teh populacij kažejo tudi v družbi. Pomembno je vedeti, da se pristranskost kaže v zdravstvenih strokovnjakih in vpliva na kakovost zdravstvene nege, ki jo zagotavljajo (Teachman in Brownell, 2001).

Kljub temu, da je v zadnjih 22. letih prišlo na področju oskrbe z virusom HIV do pomembnih napredkov se v zdravstveni negi še vedno pojavljajo predsodki do nosečnic okuženih z virusom HIV (Minkoff, 2003). Stopnja okuženosti z virusom HIV med rodnicami stalno narašča. Delež primerov aidsa pri ženskah in mladoletnih dekletih se je povečal s 14 % v letu 1992, na 22 % v letu 2003 in z 71 % na novo diagnosticiranih primerov v letu 2004 pri ženskah od 25 do 44 let (Center for Disease Control, 2008). Osemdeset odstotkov okužb z virusom HIV pri ženskah je zaradi heteroseksualne izpostavljenosti (Center for Disease Control, 2008).

Minkoff (2003) poroča, da nosečnice, okužene z virusom HIV, zavlačujejo pri iskanju zdravstvene pomoči pri predporodni negi, zaradi strahu pred diskriminacijo s strani izvajalcev zdravstvenih storitev. Nosečnice pa si ne želijo samo pomoči pri zdravstveni negi, temveč tudi diskreten in sočuten odnos (Minkoff, 2003).

Velikokrat je nepripravljenost medicinskih sester za zagotavljanje zdravstvene nege, kadar je diagnoza okužba z virusom HIV/AIDS, posledica evalvacijske sodbe, povezane z značilnostmi pacienta (homoseksualci, intravenski uživalci drog, prostitutke) ali zaznave odgovornosti pacienta za okužbe ali oboje (Hodgson, 1997). Vendar pa so lahko predsodki aktivirani neodvisno od prisotnosti okužbe z virusom HIV, in sicer z izkušnjami medicinskih sester s podobnimi pacienti, ki temeljijo na narodnosti, načinu prenosa bolezni ter skladnost z ekonomskim statusom ali stopnjo vključenosti družine (Hodgson, 1997). Slednje pomeni, da se podobno evalvacijsko vrednotenje sodbe (predsodki), ki jih zdravstveni delavci imajo do pacientov z virusom HIV pojavijo tudi v primeru, ko pacient ni nujno okužen z virusom HIV. Zaradi njegovih oz. njenih osebnih značilnosti ali značilnosti okolja iz katerega izhaja, pa jim zdravstveni delavci pripišejo vse ostale lastnosti, kot jih ima oblikovana kategorija oz. shema pacienta,

okuženega z virusom HIV. Tiste medicinske sestre, ki so se pogosto srečevale s pacienti okuženimi z virusom HIV/AIDS, so pokazale več pozitivnega odnosa, ki je zelo pomemben dejavnik pri izvajanju zdravstvene nege (Jormsri in sod., 2005). Medicinske sestre, ki se odločijo za delo s pacienti okuženimi z virusom HIV/AIDS, imajo veliko bolj empatičen pristop in tesnejše povezave s pacienti. Kot navaja Hodgeson (1997) te ugotovitve kažejo, da je osebe, ki je posebno pripravljeno za delo s to populacijo »najbolj učinkovit način za zmanjšanje stigmatizacije in diskriminacije«. Pomanjkanje razpoložljivosti velikih skupin medicinskih sester, ki so posebej usposobljene za zdravstveno nego s pacienti okuženimi z virusom HIV/AIDS, ali imajo klinične izkušnje pri tej populaciji, so lahko ovire pri učinkoviti zdravstveni negi te občutljive populacije (Hodgson, 1997).

Poznamo eno občutljivo skupino ljudi, ki je še vedno tarča predsodkov in diskriminacije. V to skupino spadajo ljudje s prekomerno težo. Diskriminacija je lahko za žrtve škodljiva na več načinov in lahko pripelje do trajnih posledic (Solovay, 2000).

Odnos zdravstvenih delavcev do ljudi s prekomerno telesno težo lahko potencialno vpliva na klinične sodbe in odvrčanje teh ljudi od iskanja zdravstvene nege. Price in sod. (1987) ugotavljajo, da so pacienti na splošno zadovoljni s svojo skrbjo za splošna zdravstvena vprašanja in s strokovnim medicinskim znanjem pri zdravniku, bistveno manj pa so zadovoljni z zdravstveno nego zaradi svoje prekomerne telesne teže, kar povzroči, da pacienti oklevajo z iskanjem zdravstvene nege. Vedno bolj pogosto pa se dokumentira tudi zamuda pri iskanju zdravstvene nege pri ženskah s prekomerno telesno težo (Teachman in Brownell, 2001).

Medicinske sestre so prepričane, da pacienti s prekomerno telesno težo ne uspejo izgubiti telesno težo zaradi neupoštevanja, in da je neučinkovitost shujševalnih programov najmanj pomemben razlog za neuspeh (Solovay, 2000). Medicinske sestre se strinjajo, da je prekomerno telesno težo mogoče preprečiti s samokontrolo. Teachman in Brownell (2001) navajata, da so medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege potrdili, da je indeks telesne mase bistveno povezan z odpovedjo pregleda. Vzrok za zamudo ali odpoved pregleda je predvsem anksioznost pred tehtanjem ali slačenjem ne glede na to, kako spodbudni so lahko zdravstveni delavci. Povečanje telesne teže je povezano tudi z zmanjšanjem obiskov pri preventivnih zdravstvenih storitvah in zdravljenju bolezni. Vedno bolj pogosto pa se dokumentira zamuda žensk s prekomerno telesno težo na pregled dojk, ginekološki pregled in odvzem brisa za Papiloma virus (Teachman in Brownell, 2001).

Ranljiva skupina v Sloveniji so tudi brezdomci. Pri nas jih najpogosteje najdemo med ljudmi, ki živijo v enočlanskih družinah, v najetih stanovanjih, ogrožene skupine so tudi upokojenci nad 65. letom starosti in brezposelni (Krek, 2010). Dekleva in Razpotnikova (2007) v svoji študiji o brezdomcih ugotavljata, da družba preslabo skrbi za njih, dobra petina udeležencev v tej študiji je mnenja, da jih družba odriva na rob in jih tako izključuje iz socialnega okolja, 15 % brezdomcev pa je ocenilo, da se ljudje nočejo družiti z njimi. S to študijo sta Dekleva in Razpotnikova (2007) potrdila dejstvo, da so brezdomci še vedno stigmatizirani, odrinjeni ter prepuščeni sami sebi.

Mestna občina Celje je leta 2013 izvedla anketo z naslovom *Kako brezdomstvo poznajo ljudje* (Jovanović in Trefalt, 2013). Anketa je pokazala naslednje; 88,1 % anketirancev

je brezdomce opredelila kot ljudi brez doma, kar 88 % vprašanih jih je mnenja, da so brezdomci zanemarjeni, 83,1 % jih meni, da so neurejeni ter umazani (64,4 %). Zanimiv pa je tudi odstotek anketirancev (42,4 %), ki so odgovorili, da so brezdomci prijazni. Na vprašanje ali so brezdomci slab ali dober zgled družbi, je kar 35,6 % anketiranih mnenja, da ta misel ne drži, veliko število je tudi tistih, ki so odgovorili pritrdilno (30,5 %). Zanimivo je tudi to, da se kar 28,8 % vprašanih ljudi ni opredelilo glede tega vprašanja (Jovanović in Trefalt, 2013).

Trbanc in sod. (2003) med ranljive skupine v Sloveniji uvrščajo tudi Rome. Romi so v Sloveniji in tudi v Evropi podvrženi določenim življenjskim problemom, kot so slabši socialno-ekonomski status, življenje na obrobju, brezposelnost, nizka stopnja izobrazbe, izključevanje iz socialnega okolja, diskriminacija, stigmatizacija, nestrpnost, odvisnost od socialnih prejemkov (Klopčič, 2007). Klopčičeva (2007) tudi ugotavlja, da smo v zadnjih letih dobili veliko opozoril evropskih institucij glede diskriminacije, zapostavljanja, sovraštva in predsodkov Romov v Sloveniji. Nekatere raziskave (Dora, 2008) kažejo, da je za Rome značilna bistveno krajša življenjska doba kot za ostalo prebivalstvo, zgodnja izčrpanost, večja pojavnost slabokrvnosti, distrofične težave in nalezljive bolezni. Visoka je tudi stopnja nenalezljivih in infekcijskih bolezni, večji pa je tudi odstotek umrljivosti romskih otrok. Življenjska doba je pri Romih krajša za približno deset let (Dora, 2008). Velik problem Romov v Sloveniji je nizka izobrazba. Klopčičeva (2006) ugotavlja, da več kot 65 % Romov, od tega 60 % moških in 70 % žensk, nima dokončane osnovne šole. Pri starejših Romih še vedno prevladuje nepismenost, ki ima za posledice neinformiranost, neosveščenost, nevključenost v družbena dogajanja ter brezposelnost.

Istospolno usmerjeni pacienti so specifična skupina, ki imajo nekaj specifičnih potreb, ki se jih družba in zdravstveni delavci pogosto ne zavedajo (Dunjić-Kostič in sod., 2012). Sovražnost do istospolno usmerjenih imenujemo homofobija. Homofobija pa v tem primeru ne pomeni fobijo kot bolezenski strah, ampak, kot navaja Kuhar (2011), neutemeljen odpor do istospolnosti. To je ena pogostih oblik diskriminacije v družbi (Kuhar, 2011). Homofobija se lahko v družbi kaže v obliki predsodkov, zavračanja, posmehovanja, zaničevanja, sovraštva, zagovarjanja nestrpnosti do istospolno usmerjenih ali kot fizično in psihično nasilje (Kuhar, 2011).

Homofobija v zdravstveni negi je prirojen in nezaveden strah pred istospolno usmerjenostjo, ki vodi do neenakosti v kvaliteti pri nujenju zdravstvene nege (Christensen, 2005). Kljub temu, da istospolna usmerjenost ni več razumljena kot bolezen, je raziskava med istospolno usmerjenimi posamezniki iz leta 2008 pokazala, da je kar 67,6 % vprašanih oseb že doživelo različne oblike diskriminacije zaradi svoje spolne usmerjenosti. Najpogosteje gre za verbalno obliko diskriminacije. Triinpetdeset odstotkov (53 %) vprašanih je že doživelo nasilje zaradi spolne usmerjenosti; v 91 % primerih je šlo za psihično nasilje, pri 24 % vprašanih pa je šlo za fizično nasilje (Švab in Kuhar, 2005). Leta 2001 je bila v Sloveniji izvedena raziskava o diskriminaciji na osnovi spolne usmerjenosti (Velikonja in Greif, 2001), ki je pokazala, da je 7,6 % anketirancev že doživelo zapostavljenost pri zdravstvenih storitvah zaradi spolne usmerjenosti. Omenjali so predvsem poslabšan odnos ginekologinje do pacientke, odkrite žaljivke, govorice, šikaniranje in posmehovanje zdravstvenih delavcev. Sedem odstotkov (7 %) vseh anketirancev je bilo zaradi istospolna usmerjenosti napotenih na psihiatrično zdravljenje.

1.3.2 Spreminjanje predsodkov

Osolnik (2003) navaja, da so predsodki rigidne, nespremenljive, toge sodbe. Vsi živimo s svojimi predsodki, kar pomeni, da noben ni imun nanje. Vendar so predsodki tudi občutljivi na spremembe, kar pomeni, da se lahko spreminjajo. Spreminjajo se predvsem na skupinski ravni. Do teh sprememb lahko pride zaradi pozitivnih, realnih sprememb v medskupinskih odnosih med člani različnih skupin (Nastran Ule, 2000; Osolnik, 2003).

Medicinske sestre so se skozi zgodovino zdravstvene nege soočale z različnimi predsodki, najpogostejši pa so bili predsodki drugih do njih in njihovega dela. Zato so medicinske sestre oblikovale različne strategije, kako se s predsodki spoprijemati (Rezende, 1993). Čeprav se v nadaljevanju opisane strategije nanašajo predvsem na vpliv medicinskih sester na spreminjanje stereotipov in predsodkov do zdravstvene nege, pa lahko ta napotila smiselno razumemo kot orodje za boj proti diskriminaciji v zdravstvu in predsodkih zdravstvenih delavcev do ranljivih skupin. Kot smo že navedli, je samopodoba poklicne skupine eden ključnih elementov za preprečevanje vpliva predsodkov na vedenje njenih članov do ranljivih skupin (preprečevanje diskriminacije).

Rezende (1993) opisuje kako so se številne medicinske sestre spoprijemale s predsodki do zdravstvene nege in do njih samih. Kot prvo strategijo pri spoprijemanju s predsodki Rezende (1993) navaja širjenje podatka kaj zdravstvena nega v bistvu je. Poudarile so, da je pomembno med populacijo širiti kaj zdravstvena nega je in kaj so poklicne dejavnosti zdravstvene nege, da se zmanjša vpliv predsodkov. Domingues in Chaves (2005) poudarjata da imajo poklicna združenja pomembno vlogo na področju zdravstvene nege, ker populaciji širijo informacije o vlogi negovalnega tima, dela medicinskih sester in strokovne pristojnosti do tehničnih, znanstvenih in pravnih mnenj, kar družbi pojasnjuje kdo je medicinska sestra in kaj je delo medicinskih sester, njihovo področje dela in pravna omejitev za njihove poklicne dejavnosti. Žal pa še vedno obstajajo predsodki glede medicinskih sester, ki delajo na različnih področjih, vključno z moškimi, ki delajo na porodniškem in ginekološkem področju (Rezende, 1993).

Drugi način, ki ga Rezende (1993) navaja pri spopadanju s predsodki, je konstruiranje svojih lastnih strokovnih kompetenc. Medicinske sestre kompetence štejejo kot bistveni atribut za položaj medicinskih sester in bi jih morali upoštevati tudi drugi strokovnjaki z znanjem. Vendar pa Rezende (1993) ugotavlja, da meje strokovne prakse na področju zdravstva niso vedno jasne in pogostokrat vzbujajo dvom v strokovnjake zdravstvene nege o tem, kaj je njihova vloga in kaj so druge vloge. Obstajajo etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege o tem, kaj so ključne kompetence medicinskih sester in zdravstvenih pomočnikov ter kompetence drugih zdravstvenih poklicev (Rezende, 1993).

Domingues in Chaves (2005) timsko delo ocenjujeta kot pomembno orodje medicinskih sester za spoprijemanje s predsodki. Sodelovalni duh timskega dela in medsebojno spoštovanje je pomembno za izboljšanje podobe sektorja zdravstvene nege v očeh drugih strokovnjakov. Pomen etičnih odnosov pri obravnavanju pacientov in multistrokovne ekipe so sposobnosti, da v dialogu prevzame etične obveznosti v luči izzivov poklica. Timsko delo je po mnenju Domingues in Chaves (2005) sestavljeno iz

pristopa kolektivnega dela nasprotij na neodvisen in izoliran način, s katerim običajno zdravstvo in zdravstveni delavci opravljajo svoje delo v rutini zdravstvenih storitev. Delo je osredotočeno na naloge, ki vodijo k razmišljanju o pomenu dela, ki je prisotno pri upoštevanju profesionalnosti, ki je lahko v praksi le skupina, v istem okolju, v katerem delajo delavci iz različnih področji dela. Dejavnosti teh strokovnjakov morajo biti vključene in povezane, glede na številne razsežnosti zdravstvenih potreb posameznikov in socialnih skupin (Domingues in Chaves, 2005).

Rezende (1993) meni, da je lahko dobra izobrazba, ki temelji na pridobivanju znanj in kompetenc, bistven element za strokovnjake, da se na njihovih položajih spopadejo s predsodki. Pripisane etične vrednote medicinskih sester, kot je dobra izobrazba, povezane z znanjem, disciplino in odgovornostjo, jim lahko bistveno pomagajo pri spoprijemanju s predsodki pri svojem delu. Medicinskim sestram pri soočanju s predsodki ne pomaga le njihovo znanstveno znanje, ampak tudi znanje družbenih in človeških ved, saj tako lažje razumejo človeško naravo (Domingues in Chaves, 2005).

Izobraževanje, strokovnost, timsko delo in strokovno etiko lahko razumemo tudi kot temeljne elemente preprečevanja predsodkov in diskriminacije v zdravstvu.

2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Med iskanjem literature za izdelavo diplomsko nalogo smo ugotovili, da je glede predsodkov v zdravstveni negi, ter kako se s predsodki spopadajo zdravstveni delavci, dostopnih malo poročil iz raziskav. Večina raziskav na to temo se izvaja v Združenih državah Amerike, v Evropi bistveno manj, še posebej malo v Sloveniji.

Kot zdravstveni delavci se moramo zavedati, da se bomo s tem problemom srečevali skozi našo celotno poklicno pot. Zato želimo s to diplomsko nalogo proučiti prevladujoča stališča in predsodke zdravstvenih delavcev.

Cilji diplomske naloge so odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Katere stereotipe in predsodke zdravstvenih delavcev predstavlja trenutna literatura (raziskave)?

Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje smo iskali v poročilih o raziskavah, opravljenih na področju predsodkov zdravstvenih delavcev.

- V kolikšni meri študentje zdravstvene nege pri svojem delu zaznavajo prisotnost diskriminacije in predsodkov v odnosu do pacientov različne rase, kulturne skupnosti, etičnih skupin, do istospolno usmerjenih pacientov?
- Kako študentje v zdravstveni negi doživljajo vpliv predsodkov na opravljanje svojega dela?

Na drugo in tretje raziskovalno vprašanje smo iskali odgovore s pomočjo empirične raziskave.

2.1 Metode dela

Pri izdelavi diplomske naloge smo uporabili opisno metodo dela s pregledom virov in raziskav na področju že preučenega. Za raziskovalni del diplomske naloge smo izvedli kvantitativni pristop z anketiranjem. Uporabili smo anketni vprašalnik, oblikovan v namen raziskave. Izvedbo anketiranja je odobrilo vodstvo UP Fakultete za vede o zdravju.

2.2 Vzorec

V raziskavo so bili vključeni študentje podiplomskega študija na Fakulteti za vede o zdravju, smer Zdravstvena nega. V anketi je sodelovalo 36 anketirancev, in sicer 29 žensk (80,6 %) in 7 moških (19,4 %). Starost anketirancev je od 22 do 44 let; povprečna starost anketirancev je 27,4 let. Glede na letnik študija jih razdelimo sledeče: 21 anketirancev obiskuje 1. letnik študija (58,3 %), 15 pa 2. letnik študija (41,6 %).

2.3 Inštrument

Pri raziskavi je bila izvedena anketa, ki je bila narejena za namen raziskave. Prvi del ankete je vseboval osebne podatke (spol, starost, letnik študija), drugi del je bil povzet in prilagojen za potrebe raziskave, po Facione in Facione (2007). Anketa je bila anonimna, vključevala je tako moške kot ženske študente podiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega na Univerzi na Primorskem, Fakulteti za vede o zdravju, ne glede na njihovo starost. Anketa je vsebovala tudi kratka navodila za lažje reševanje ankete. V anketi je bilo podanih 11 trditev, tako da je bil samo en možen odgovor. Anketiranci so stopnjo strinjanja ocenili na lestvici od 1 do 5. Izpolnjene ankete smo analizirali s pomočjo programa Microsoft Office Excel in SPSS, s katerim smo rezultate tablično prikazali.

2.4 Potek raziskave

Raziskava je potekala na UP Fakulteti za vede o zdravju v Izoli. Z mentorico smo se dogovorili za predviden čas raziskave. Pred tem pa smo na Fakulteto za vede o zdravju poslali prošnjo za dovoljenje izvajanja ankete. Od Fakultete za vede o zdravju smo prejeli pisno dovoljenje za izvedbo raziskave. Anketirancem smo anketo predstavili, opisali smo jim namen raziskave in jih vljudno povabili k sodelovanju. Vsak anketiranec se je v raziskavo vključil prostovoljno. Nekaj anket smo razdelili mi, nekaj pa smo jih posredovali še drugim visokošolskim učiteljem na UP, Fakulteti za vede o zdravju. Rešene ankete so anketiranci vračali preko tistih oseb, ki so jim anketo posredovale. Predvidevan čas za zbiranje podatkov sta bila oktober in november oziroma se je čas prilagodil glede na urnik predavanj podiplomskih študentov.

3 REZULTATI

V prvi fazi smo izračunali povprečne ocene in standardne odklone ocen posameznih trditev lestvice o predsodkih v zdravstveni negi (Preglednica 1). Povprečne ocene na splošno kažejo na precej pozitiven odnos zdravstvenih delavcev do ranljivih skupin. Trditve, ki so bile pozitivno ocenjene: »Vsi ljudje lahko pridobijo kakovostno zdravstveno varstvo, ne glede na njihov prihodek.«; »Homoseksualno usmerjeni pacienti prejemajo enako kakovostne zdravstvene storitve kot heteroseksualno usmerjeni pacienti.«; »Vsi ljudje lahko pridobijo kakovostno zdravstveno varstvo, ne glede na njihovo raso ali etnično skupino.«; »Velik vpliv za pojav predsodkov v zdravstvu ima tudi današnja družba, mediji, politika, družina.«; »Moje izvajanje zdravstvene nege nikoli ni bilo prizadeto zaradi diskriminacije.«.

Pri trditvah: »Priseljenci pogosto prejemajo slabše kakovosti zagotavljanja zdravstvenih storitev.«; »Pripadniki drugih kulturnih in etničnih skupnosti imajo manj možnosti za kakovostno zdravstveno oskrbo; zaradi spola, finančnega stanja, spolne usmerjenosti.«, »Članstva v manjšinski etnični ali rasni skupnosti so pacienti obravnavani neenakovredno.«; »Brezdomce zdravstveno osebje pogosto ne obravnava enakovredno kot ostale paciente.«, pa povprečna ocena kaže na to, da se anketiranci niti ne strinjajo niti strinjajo s trditvami.

Na mnenje anketirancev pa vpliva tudi to ali so osebno že doživeli diskriminacijo v zdravstveni negi ali ne. Visoka povprečna ocena trditve »Moje izvajanje zdravstvene nege nikoli ni bilo prizadeto zaradi diskriminacije.«, nakazuje na to, da zdravstveni delavci gledajo na vse paciente enakovredno oz. da drugačnost pacientov ne vpliva na kakovost zdravstvene nege.

Iz Preglednice 1 je tudi razvidno, da nihče od vprašanih ni izkazal izrazito negativnih, niti ne ne izrazito pozitivnih izkušenj in stališč.

Preglednica 1: Povprečne ocene in standardni odkloni ocen posameznih trditev lestvice o predsodkih v zdravstveni negi

Trditve	M	SD
1. Vsi ljudje lahko pridobijo kakovostno zdravstveno varstvo, ne glede na njihov prihodek.	3,75	1,23
3. Homoseksualno usmerjeni pacienti prejemajo enako kakovostne zdravstvene storitve kot heteroseksualno usmerjeni pacienti.	3,69	1,33
4. Vsi ljudje lahko pridobijo kakovostno zdravstveno varstvo, ne glede na njihovo raso ali etnično skupino.	3,94	1,24
5. Priseljenci pogosto prejemajo zdravstvene storitve slabše kakovosti.	3,03	1,28
6. Pripadniki drugih kulturnih in etničnih skupnosti imajo manj možnosti za kakovostno zdravstveno oskrbo.	3,00	1,26

7. Zaradi spola, finančnega stanja, spolne usmerjenosti, članstva v manjšinski etnični ali rasni skupnosti so pacienti obravnavani neenakovredno.	3,00	1,15
8. Brezdomce zdravstveno osebje pogosto ne obravnava enakovredno kot ostale paciente.	3,33	1,31
9. Velik vpliv za pojav predsodkov v zdravstvu ima tudi današnja družba, mediji, politika, družina.	4,17	0,97
10. Imam izkušnje z diskriminacijo pacientov v zdravstveni ustanovi.	3,28	1,56
11. Moje izvajanje zdravstvene nege nikoli ni bilo prizadeto zaradi diskriminacije.	4,56	0,88

V Preglednici 2 so predstavljene korelacije med trditvami lestvice o predsodkih v zdravstveni negi. Korelacije smo izračunali s pomočjo Pearsonovega koeficienta korelacije. Rezultati kažejo, da se trditev »Imam izkušnje z diskriminacijo pacientov v zdravstveni ustanovi« statistično pomembno povezuje s trditvami: »Vsi ljudje lahko pridobijo kakovostno zdravstveno varstvo, ne glede na njihovo raso ali etnično skupino.« (s trditvijo se povezuje negativno); »Priseljenci pogosto prejemajo slabše kakovosti zagotavljanja zdravstvenih storitev.«; »Zaradi spola, finančnega stanja, spolne usmerjenosti, članstva v manjšinski etnični ali rasni skupnosti so pacienti obravnavani neenakovredno.«; »Brezdomce zdravstveno osebje pogosto ne obravnava enakovredno kot ostale paciente.«; »Velik vpliv za pojav predsodkov v zdravstvu ima tudi današnja družba, mediji, politika, družina.«.

Statistično pomembno se med seboj povezujejo tudi trditve »Priseljenci pogosto prejemajo slabše kakovosti zagotavljanja zdravstvenih storitev.«, »Pripadniki drugih kulturnih in etničnih skupnosti imajo manj možnosti za kakovostno zdravstveno oskrbo.«, »Zaradi spola, finančnega stanja, spolne usmerjenosti, članstva v manjšinski etnični ali rasni skupnosti so pacienti obravnavani neenakovredno.« in »Brezdomce zdravstveno osebje pogosto ne obravnava enakovredno kot ostale paciente.« Trditev »Vsi ljudje lahko pridobijo kakovostno zdravstveno varstvo, ne glede na njihovo raso ali etnično skupino.«, se pozitivno povezuje s trditvijo »Homoseksualno usmerjeni pacienti prejemajo enako kakovostne zdravstvene storitve kot heteroseksualno usmerjeni pacienti.«. Med seboj se povezujeta tudi trditve »Velik vpliv za pojav predsodkov v zdravstvu ima tudi današnja družba, mediji, politika, družina.« in trditev »Brezdomce zdravstveno osebje pogosto ne obravnava enakovredno kot ostale paciente.«- Povezavo med seboj kažeta tudi trditvi »Moje izvajanje zdravstvene nege nikoli ni bilo prizadeto zaradi diskriminacije.« in »Pripadniki drugih kulturnih in etničnih skupnosti imajo manj možnosti za kakovostno zdravstveno oskrbo.«.

Preglednica 2: Korelacije (Pearsonov koeficient korelacije) med trditvami lestvice o predsodkih v zdravstveni negi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Vsi ljudje lahko pridobijo kakovostno zdravstveno varstvo, ne glede na njihov prihodek.	1								
2. Homoseksualno usmerjeni pacienti prejemajo enako kakovostne zdravstvene storitve kot heteroseksualno usmerjeni pacienti.	0,15	1							
3. Vsi ljudje lahko pridobijo kakovostno zdravstveno varstvo, ne glede na njihovo raso ali etnično skupino.	0,09	0,65**	1						
4. Priseljenci pogosto prejemajo slabše kakovosti zagotavljanja zdravstvenih storitev.	-0,24	-0,29	-0,18	1					
5. Pripadniki drugih kulturnih in etničnih skupnosti imajo manj možnosti za kakovostno zdravstveno oskrbo.	-0,04	-0,33*	-0,11	0,47**	1				
6. Zaradi spola, finančnega stanja, spolne usmerjenosti, članstva v manjšinski etnični ali rasi skupnosti so pacienti obravnavani neenakovredno.	0	-0,39*	-0,38*	0,40*	0,66**	1			
7. Brezdomce zdravstveno osebe pogosto ne obravnava enakovredno kot ostale paciente.	-0,22	-0,42*	-0,24	0,46**	0,62**	0,58**	1		
8. Velik vpliv za pojav predsodkov v zdravstvu ima tudi današnja družba, mediji, politika, družina.	-0,17	-0,11	-0,11	0,1	0,29	0,27	0,61**	1	
9. Imam izkušnje z diskriminacijo pacientov v zdravstveni ustanovi.	-0,09	-0,33	-0,40*	0,35*	0,21	0,41*	0,54**	0,44**	1
10. Moje izvajanje zdravstvene nege nikoli ni bilo prizadeto zaradi diskriminacije.	0,22	-0,15	-0,2	0,02	0,43**	0,28	0,15	0,24	0,14

4 RAZPRAVA

V diplomski nalogi smo si zastavili tri raziskovalna vprašanja: (i) katere stereotipe in predsodke zdravstvenih delavcev ugotavlja trenutna literatura (raziskave); (ii) v kolikšni meri so zdravstveni delavci zaznavajo pri svojem delu prisotnost v zdravstvu prisotne diskriminacije in predsodkov razlike v odnosu do pacientov različne rase, kulturne skupnosti, etičnih skupin, do istospolno usmerjenih pacientov; (iii) kako zaposleni v zdravstveni negi doživljajo vpliv predsodkov pri opravljanju svojega dela. Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje smo poiskali s pregledom objavljenih raziskav na to temo. Številne raziskave (Jovanović in Trefalt, 2013, Klopčič, 2007, Švab in Kuhar, 2005), ki so bile v zadnjih letih narejena glede stereotipov in predsodkov v zdravstveni negi do ranljivih skupin, kažejo na to, da se predsodki v zdravstveni negi najpogosteje kažejo do istospolno usmerjenih pacientov, Romov, priseljencev, brezdomcev. Vedno več predsodkov so deležni tudi ljudje s prekomerno telesno težo in nosečnice okužene z virusom HIV.

Drugo raziskovalno vprašanje, ki smo si ga zastavili se glasi: V kolikšni meri zdravstveni delavci pri svojem delu zaznavajo prisotnost diskriminacije in predsodkov, ter razlike v odnosu do pacientov različne rase, kulturne skupnosti, etičnih skupin, do istospolno usmerjenih pacientov. Povprečne ocene posameznih trditev po eni strani kažejo pozitiven odnos zdravstvenih delavcev do ranljivih skupin, po drugi strani pa povprečne ocene trditev, ki se navezujejo na prisotnost predsodkov v zdravstveni negi, nakazujejo, da se ljudje in zdravstveni delavci zavedajo prisotnosti predsodkov v zdravstveni negi, kot tudi, kako močan vpliv ima socialno okolje (družba, mediji, ...) na pojav predsodkov. Vendar pa se večina anketiranih ni opredelila ali so predsodki v zdravstveni negi do ranljivih skupin prisotni ali ne. To nakazuje tudi dejstvo, da so predsodki občutljivi na spremembe, ki se zgodijo na skupinski ravni, zaradi pozitivnih in realnih sprememb med člani različnih skupin (Nastran Ule, 2000; Osolnik, 2003). Rezultati povprečnih ocen posameznih trditev kažejo na to, da imajo priseljenci in pripadniki drugih kulturnih in etničnih skupin še vedno manj možnosti za kakovostno zdravstveno oskrbo, enako velja tudi za brezdomce. Velikokrat pa k manj kakovostni zdravstveni negi pripomorejo tudi določene značilnosti, kot so na primer spol, finančno stanje in spolna usmerjenost pacientov. To kaže, na to, da v zdravstveni negi, kljub večji ozaveščenosti, še vedno prihaja do diskriminacije ranljivih skupin.

Zaradi diskriminacije so ranljive skupine pogosto odrinjene na rob socialnega okolja, to pa ima poledice na fizičnem in psihičnem zdravju. Raziskave (Teachman in Brownell, 2001) so pokazale, da se predvsem pacienti s prekomerno telesno težo izogibajo tako rednim kot preventivnim pregledom pri osebnih zdravnikih. Prisotnost diskriminacije v zdravstveni negi do ranljiv skupin, kot so na primer Romi, se kaže s krajšo življenjsko dobo, večjim številom distrofičnih in drugih zdravstvenih težav, kar je posledica odrinjenosti romskih skupnosti na rob socialnega okolja (Jovanović in Trefalt, 2013). Zdravstveni delavci se zavedajo, da jih Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014, 2) z načelom I, ki pravi: *»Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja.«* usmerja v zdravstveno nego brez predsodkov. Vendar, kot je že Osolnik omenila, nihče ni imun nanje (Nastran Ule,

2000; Osolnik, 2003). Kot kažejo različne raziskave (Hodgson, 1997; Švab in Kuhar, 2005; Velikonja in Greif, 2001) zdravstveni delavci največ nelagodja kažejo pri izvajanju zdravstvene nege, pri istospolno usmerjenih pacientih ter nosečnicah okuženih z virusom HIV/AIDS. To nelagodnejše je velikokrat povezano z značilnostmi pacientov (Hodgson, 1997).

Odgovor na tretje raziskovalno vprašanje, kako zaposleni v zdravstveni negi doživljajo vpliv predsodkov pri opravljanju svojega dela, smo ugotavljali preko ocen, ki so jih udeleženci podali trditvi »Moje izvajanje zdravstvene nege nikoli ni bilo prizadeto zaradi diskriminacije.«. Visoka povprečna ocena te trditve je spodbudna, saj kaže na visoka etična stališča zdravstvenih delavcev. Zdravstveni delavci se pri izvajanju zdravstvene nege osredotočajo na kakovost zdravstvene oskrbe, in ne na paciente kot osebnost. Vendar pa zdravstveni delavci priznavajo možnost vpliva diskriminacije na zdravstveno stanje pacientov. Na etičnost zdravstvenih delavcev vpliva tudi Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, ki nalaga spoštovanje potreb in vrednot posameznih pacientov, ohranjanja dostojanstva pacientov, kot tudi sprejemanje drugačnosti. Zato je morda stopnja sprejemanja drugačnosti pri zdravstvenih delavcih večja kot pa pri ostali populaciji. Poleg tega so zdravstveni delavci, ki so že imeli osebne izkušnje z diskriminacijo v delovnem okolju, veliko bolj občutljivi. Slednje potrjuje tudi visoka povezanost trditve v lestvici »Imam izkušnje z diskriminacijo pacientov v zdravstveni ustanovi.« z ostalimi trditvami lestvice, ki so usmerjeni na zaznavanje prisotnosti predsodkov in diskriminacije do ranljivih skupin. Korelacijski koeficienti med posameznimi trditvami lestvice kažejo, da so predsodki in diskriminacija v zdravstveni negi prisotni, kar je potrdila tudi raziskava iz leta 2007 (Facione in Facione, 2007), kjer je bila uporabljena lestvica, ki smo jo tudi sami povzeli po istem viru (Facione in Facione, 2007). Rezultati kažejo, da je diskriminacija v zdravstveni negi še vedno prisotna, posebno do ranljivih skupin. Anketiranci, ki so trditev »Imam izkušnje z diskriminacijo pacientov v zdravstveni ustanovi.« ocenili z visoko oceno, so tudi prepričani, da ljudje ne pridobijo enako kakovostnega zdravstvenega varstva, glede na njihovo raso ali etnično skupino; nadalje so prepričani, da priseljenci pogosto prejemajo slabšo kakovost zdravstvenih storitev, zaradi spola, spolne usmerjenosti, finančnega stanja so pacienti lahko obravnavani neenakovredno, enako velja tudi za brezdomce. Sočasno so tisti, ki imajo izkušnje z diskriminacijo prepričani, da imajo družba, mediji, politika, družina, pomembno vlogo pri nastanku predsodkov. Z visoko oceno so anketiranci ocenili tudi trditev »Brezdomce zdravstveno osebje pogosto ne obravnava enakovredno kot ostale paciente.«, prepričani pa so tudi, da priseljenci pogosto prejemajo slabšo kakovost zagotavljanja zdravstvenih storitev; posledično so mnenja, da imajo pripadniki drugih kultur in etičnih skupin manj možnosti za kakovostno zdravstveno oskrbo in so obravnavani neenakovredno glede na ostalo populacijo. Po ocenah anketiranih na pojav predsodkov vplivajo tudi današnja družba, mediji, politika in družina. Ti vplivi se najpogosteje kažejo pri brezdomcih, ki jih po ocenah anketiranih, zdravstveno osebje v manjši meri obravnava enakovredno kot ostale paciente. Kot ugotavljata Jovanović in Trefalt (2013) so brezdomci porinjeni na rob socialnega okolja, prepuščeni sami sebi, stigmatizacija do njih se kaže tudi v tem, da se ljudje nočejo družiti z njimi, večina jih meni, da so umazani in zanemarjeni. Iz rezultatov raziskave pa je tudi razvidno, da so anketiranci ocenili, da lahko vsi ljudje pridobijo kakovostno zdravstveno varstvo, ne glede na njihove osebne značilnosti. S tem lahko potrdimo tezo, da bomo z ozaveščanjem in izobraževanjem o problemih predsodkov in stereotipov v zdravstveni negi in v zdravstvu nasploh omogočili sprejetje

ukrepov za odpravo vprašanj o kakovosti neenakosti v zdravstveni negi, ki so jo poudarili Burgess in sod. (2008).

5 ZAKLJUČEK

Raziskava, opravljena v sklopu diplomske naloge je pokazala, da zdravstveni delavci nimajo ne izrazito negativnih, niti izrazito pozitivnih stališč do položaja ranljivih skupin v zdravstveni oskrbi. Anketirani študentje podiplomskega študija zdravstvene nege v raziskavi ocenjujejo, da lahko vsi ljudje pridobijo kakovostno zdravstveno oskrbo, ne glede na njihove osebne značilnosti. Prav tako navajajo, da izvajanje zdravstvene nege ni prizadeto zaradi diskriminacije. Podrobnejša analiza odgovorov na trditve lestvice pa je pokazala, da je občutljivost zdravstvenih delavcev do proučevane teme prisotna, saj so posamezniki, ki so pri delu že zaznali diskriminatorni odnos zdravstvenih delavcev, tudi bolj kritični, ter zaznavajo prisotnost diskriminatornih praks do posameznikov, ki so utemeljene na spolu, finančno-ekonomskem statusu, spolni usmerjenosti, članstvu v manjšinski etnični ali rasni skupnosti. Diskriminacija je tako verjetno prisotna, kar kažejo tudi v uvodu predstavljene raziskave, vendar pa se diskriminacija z ozaveščanjem tako javnosti kot tudi zdravstvenih delavcev, lahko zmanjšuje. Ozaveščanje je v današnjih časih zelo pomembna komponenta socialnega marketinga, usmerjenega v zmanjševanje predsodkov in posledično diskriminacije tako družbe kot zdravstvenih delavcev do ranljivih skupin. Zdravstvene delavce zavezuje tudi kodeks etike, ki jih napeljuje na sprejemanje drugačnosti in strpnosti do drugih, in na to, da morajo zdravstveni delavci vse paciente obravnavati enakovredno. Ne moremo pa mimo dejstev, da so ranljive skupine v Sloveniji še vedno odrinjene na rob socialnega okolja, zdravstveni delavci jih sicer sprejemajo in ne sodijo, vendar ne v taki meri, kot bi si želeli v svojih ožjih socialnih okoljih. Zdravstveni delavci, udeleženci raziskave pri izvajanju zdravstvene nege, zagotavljajo, da predsodki ne vplivajo na kakovost njihovega dela. Kljub temu pa se verjetno dogaja, da zdravstveni delavci zaradi značilnosti pacienta zmanjšajo stopnjo empatije v odnosu in mu oz. ji ne nudijo enako kakovostno zdravstveno nego.

V slovenskem prostoru je glede diskriminacije do ranljivih skupin narejenih premalo raziskav, zato bi bilo potrebno izvesti obsežnejše raziskave z uporabo tako kvantitativnih kot kvalitativnih metod. Te bi pokazale širšo sliko predsodkov in diskriminacije do ranljivih skupin tako v družbi kot v zdravstveni negi. S tem bi veliko pripomogli k družbeni kulturi do ranljivih skupin, v zdravstveni negi pa bi omogočili boljše razumevanje specifičnih potreb pacientov iz ranljivih skupin, s katerimi se vsakodnevno zdravstveni delavci srečujejo. Raziskave na tem področju pa bi se morale bolj usmeriti na čustva in občutke zdravstvenih delavcev, torej na emocionalni vidik stališč oz. predsodke in ne le na kognitivne evalvacije izkušenj pri delu. Zaključna misel »Z drugimi ravnaj tako, kot bi sam želel, da drugi ravnajo s teboj.« (ljudski pregovor), je tako še vedno aktualna in pomeni dobro popotnico zdravstvenim delavcem pri izvajanju svojega dela.

6 VIRI

- ASHBURN-NARDO, L., MONTEITH, M.J., ARTHUR, S.A. in BAIN, A., 2007. Race and the psychological health of African Americans. *Group Processes and Intergroup Relations*, letn. 10, št. 4, str. 471–491.
- BABŠEK, B., 2009. *Osnove Psihologije: skrivnosti sveta v nas*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, str. 162–165.
- BANKS, K.H. in KOHN-WOOD, L.P., 2007. The influence of racial identity profiles on the relationship between racial discrimination and depressive symptoms. *Journal of Black Psychology*, letn. 33, št. 3, str. 331–354.
- BANKS, K.H., KOHN-WOOD, L.P., SPENCER, M., 2006. An examination of the African American experience of everyday discrimination and symptoms of psychological distress [spletni vir]. *Community Mental Health Journal*, letn. 42, št. 6, str. 555–569. [Datum dostopa 15. 1. 2015]. Dostopno na <http://europepmc.org/articles/PMC2747726/reload=0;jsessionid=9xJ8q1JH8kM3TNvQ8FG1.24#R>
- BENKERT, E.T., DEDIER, A.L., PENSON, WILLIAMS in LYNCH, T., 2006. Race, ethnicity, and the patient-caregiver relationship. *The Oncologist*, letn. 4, št. 4, str. 325–331.
- BENNETT, G.G., WOLIN, K.Y., ROBINSON, E.L., FOWLER, S. in EDWARDS, C.L., 2005. Racial/ethnic harassment and tobacco use among African American young adults. *American Journal of Public Health*, letn. 95, št. 2, str. 238–240.
- BURGESS, D. J., DING, Y., HARGREAVES, M., VAN RYN, M. in PHELAN, S., 2008. The association between perceived discrimination and underutilization of needed medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, letn. 19, št. 3, str. 894–911.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION., 2008. HIV/AIDS among women [spletni vir]. [Datum dostopa 15. 1. 2015]. Dostopno na <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/pdf/women.pdf>
- DEKLEVA, B. in RAZPOTNIK, Š., 2007. Definiranje brezdomstva in merjenje njegovega obsega. *Socialna pedagogika*, letn. 11, št. 1, str.: 4–11.
- DOMINGUES, T.A.M. in CHAVES, E.C., 2005. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. *A Revista da Escola de Enfermagem da USP*, št. 39, str. 580–588.
- DORA, M., 2008. Moj je kot antikristuš, ne rabi Viagre! [spletni vir]. Nedeljski dnevnik, 4. julij. 2008 [Datum dostopa 21. 2. 2015]. Dostopno na <http://www.dnevnik.si/nedeljski/aktualno/330379>
-

- DUNJIĆ-KOSTIČ, B., PANTOVIĆ, M., RANDJELOVIĆ, D., TOTIĆ-POZNANOVIĆ, S., DAMJANOVIĆ, A. in SOD., 2012. Knowledge: a possible tool in shaping medical professional's attitudes towards homosexuality. *Psychiatria Danubia*, letn. 24, št. 2, str. 143–151.
- FACIONE, N.C in FACIONE, P.A., 2007. Perceived prejudice in healthcare and women's health protective behavior. *Nursing research*, letn. 56, št. 3, str. 175–184.
- HODGSON, I., 1997. Attitudes towards people with HIV/AIDS: entropy and health care ethics. *Journal of Advanced Nursing*, letn. 26, št. 2, str. 283–288.
- JACKSON, P.B. in MUSTILLO, S., 2001. I am woman: The impact of social identities on African American women's mental health. *Women & Health*, letn. 42, št. 4, str. 32.
- JESUS, E.S., MARQUES, L.R., ASSIS, L.C.F., ALVES, T.B., FREITAS, G.F. in OGUISSO, T., 2010. Prejudice in nursing: perception of nurses educated in different decades. *A Revista da Escola de Enfermagem da USP*, letn. 44, št. 1, str. 164–170.
- JORMSRI, P., KUNAVIKTIKUL, W., KETEFI AN, S. in CHAOWALIT, A., 2005. A moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*, letn. 12, št. 6, str. 582–594.
- JOVANOVIĆ, S. in TREFALT, I., 2013. : *Brezdomstvo- ali ga poznamo?: raziskovalna naloga* [spletni vir]. Mestna občina Celje: Mladi za Celje, str.: 15–20. [Datum dostopa 21. 2. 2015]. Dostopno na <http://www.knjiznica-celje.si/raziskovalne/4201303622.pdf>
- KIRKHAM, S. R. in ANDERSON, J. M., 2002. Postcolonial nursing scholarship: From epistemology to method. *Advances in Nursing Science*, letn. 25, št. 1, str. 1–17.
- KLOPČIČ, V., 2006. *Mednarodnopravne razsežnosti pravnega varstva manjšin v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, str.: 15–20.
- KLOPČIČ, V., 2007. *Položaj Romov v Sloveniji. Romi in Gadže*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, str.: 59–65.
- KODEKS ETIKE V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI SLOVENIJA, 2014 [spletni vir]. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija; Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 2,3. [Datum dostopa 21. 3. 2015]. Dostopno na http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.drustvo-med-sesterlj.si%2FCMS%2FItem%2FFile%2F8460%2FKodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbiSlovenijemarec2014.pdf&ei=UYANVZ6eJenhywOep4CYAg&usq=AFQjCNFAUcc4a1yUAKe5nwYuG-3Zx87I_w&sig2=TQTZHHAiOfnBuhCP-2MFPA

- KREK, M., 2010. *Ko si na dnu*. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper, Oddelek za javno zdravje, str.: 5–10.
- KUHAR, R., 2009. *Na križiščih diskriminacije: večplastna in intersekcijska diskriminacija*. Ljubljana: Mirovni inštitut, str. 41–42.
- KUHAR, R., 2011. *Pojasnitve in funkcije homofobije*. Ljubljana: Mirovni inštitut, str: 20–21.
- LEE, A., HANRAHAN, N.P., AIKEN, L.N. in BLANK, M.B., 2006. Perceived facilitations and barriers to the implementation of an advanced practice: nursing intervention for HIV regimen adherence among the seriously mentally ill. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, letn. 13, št. 5, str. 626–628.
- M. TRBANC, R. BOŠKIČ, L. RIHTER, B. KOBAL., 2003. *Socialna in ekonomska vključenost ranljivih skupin v Sloveniji - možni ukrepi za dvig zaposljivosti najbolj ranljivih kategorij težje zaposljivih in neaktivnih oseb: Raziskovalno poročilo*. Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede, str.: 5.
- McCOY, S.K. in MAJOR, B., 2003. Group identification moderates emotional responses to perceived prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, letn. 29, št. 8, str. 1005–1017.
- MESERKO, V., 2006. *Pomen in konstrukt predsodkov v slovenskem prostoru – na primeru Neslovencev iz bivše Jugoslavije*: diplomsko delo [spletni vir]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, str. 7. [Datum dostopa 15. 1. 2015]. Dostopno na <http://dk.fdv.uni-lj.si/dela/Meserko-Vanja.PDF>
- MILLER, G.E., CHEN, E. in ZHOU, E.S., 2007. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, letn. 133, št. 1, str. 25–45.
- MINKOFF, H., 2003. Human Immunodeficiency Virus Infection in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, letn. 101, št. 4, str. 797–810.
- MUSEK, J., 1994. *Psihološki portret Slovencev*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, str. 26–25.
- NASTRAN ULE, M., 2000. *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, str. 163–192.
- OHM, R. in ROSEN, L., 2011. Psychometric evaluation of the perceived prejudice in health care scale - modified (PPHC-M) among baccalaureate student nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, letn. 22, št. 3, str. 282–289.
- OSOLNIK, N., 2003. *Kognitivne teorije predsodkov: Allportova teorija predsodkov v primerjavi s Tajfel-turnerjevo teorijo predsodkov*: diplomsko delo [spletni vir]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, str. 6–7. [Datum dostopa 15. 1. 2015]. Dostopno na <http://dk.fdv.uni-lj.si/dela/Osolnik-Natasa.PDF>

- PRICE, J. H., DESMOND, S. M., KROL, R. A., SNYDER, F. F. in O'CONNELL, J. K., 1987. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, letn. 3, št. 6, str. 339–345.
- SCHIM, S. M., DOORENBOS, A., BENKERT, R. in MILLER, J., 2007. Congruent care: Putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*, letn. 18, št. 2, str. 103–110.
- SOLOVAY, S., 2000. Tipping the Scales of Injustice: Fighting Weight-Based Discrimination. *American Journal of Public Health*, letn. 93, št. 8, str. 65–73.
- SUPEK, R., 1992. *Društvene predrasude i nacionalizam*. Zagreb: Globus nakladni zavod, str. 58.
- ŠNOPL, V., 2010. *Predsodki in stereotipi do istospolno usmerjenih posameznikov*: diplomsko delo [spletni vir]. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta: oddelek za sociologijo, str. 5–7. [Datum dostopa 15. 1. 2015]. Dostopno na <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=13412>
- ŠVAB, A. in KUCHAR, R., 2005. *Neznosno udobje zasebnosti: vsakodnevno življenje gejev in lezbijk*. Ljubljana: Mirovni inštitut; Inštitut za sodobne družbene in politične študije, str. 54.
- TEACHMAN, B. A. in BROWNELL, K. D., 2001. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity*, letn. 25, št. 10 str. 1525–1531.
- VELIKONJA, N in GREIF, T., 2001. *Anketa o diskriminaciji na osnovi spolne usmerjenosti*. Separat. Ljubljana: Škuc LL, str.: 7.
- WILLIAMS, D.R. in MOHAMMED, S.A., 2009. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, letn. 32, str. 20–47.
- WILLIAMS, D.R., NEIGHBORS, H.W. in JACKSON, J.S., 2003. Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health*, letn. 93, št. 2, str. 200–208.

POVZETEK

Predsodki v zdravstveni negi do ranljivih skupin so na splošno zelo slabo raziskani. V diplomski nalogi smo raziskovali predvsem prisotnost predsodkov zdravstvenih delavcev pri opravljanju njihovega dela, kot tudi kako in na kakšen način lahko diskriminacija vpliva na kakovost zdravstvene nege.

V prvem delu smo na splošno opisali splošno teorijo predsodkov in stereotipov, v nadaljevanju smo okvirno opisali zgodovino predsodkov do zdravstvene nege in do poklica medicinska sestra, saj je pomembno vplivala na pojav predsodkov v zdravstveni negi do ranljivih skupin. Glavni del teoretičnega dela se navezuje na predsodke zdravstvenih delavcev v zdravstveni negi do ranljivih skupin, kako lahko diskriminacija vpliva na kakovost zdravstvene nege ter kako se zdravstveni delavci soočajo oz. doživljajo predsodke pri njihovem delu. Prikazali smo tudi diskriminacijo družbe do ranljivih skupin.

Namen raziskave je bil proučiti prevladujoča stališča zdravstvenih delavcev do predsodkov, ugotoviti kako ti doživljajo vpliv predsodkov pri opravljanju njihovega dela ter ugotoviti v kolikšni meri je diskriminacija v zdravstveni negi prisotna. V raziskavi smo uporabili metodo ankete. Lestvico za ugotavljanje predsodkov in diskriminatornih praks smo povzeli in prilagodili za slovensko populacijo. Raziskava je bila opravljena na vzorcu podiplomskih študentov zdravstvene nege. Pridobljene ocene trditev lestvice smo analizirali – izračunali smo povprečne ocene in standardni odklon ocen posameznih trditev, kot tudi korelacijski koeficient med ocenami posameznih trditev ankete.

Raziskava je pokazala, da zdravstveni delavci nimajo ne izrazito negativnih, niti izrazito pozitivnih izkušenj s položajem ranljivih skupin v zdravstveni oskrbi. Udeleženci raziskave ocenjujejo, da lahko vsi ljudje pridobijo kakovostno zdravstveno oskrbo, ne glede na njihove osebne značilnosti. Raziskava pa je tudi pokazala občutljivost zdravstvenih delavcev do diskriminatornih praks in predsodkov. Posamezniki, ki so pri delu že zaznali diskriminatorni odnos zdravstvenih delavcev do posameznikov, so do te teme tudi bolj kritični ter zaznavajo prisotnost diskriminatornih praks do posameznikov, ki so utemeljene na spolu, finančno-ekonomskem statusu, spolni usmerjenosti, članstvu v manjšinski etnični ali rasni skupnosti.

Ključne besede: predsodki, diskriminacija, ranljive skupine, zdravstveni delavci, zdravstvena nega.

SUMMARY

Biases towards vulnerable groups in health care are generally very poorly explored. In this thesis, we investigated the presence of biases with health care workers when performing their work, as well as how can discrimination affect the quality of health care.

In the first part we have described the general theory of prejudice and stereotypes. Following we have generally described the history of prejudice against health care work and to the profession of a nurse, since it had a significant impact on the occurrence of biases in health care. The main part of the theory is linked to prejudices of health workers towards vulnerable groups, how can their discrimination affect the quality of care and how do they experience and face prejudice at their work. We also demonstrated the society's discrimination against vulnerable groups.

The purpose of this study was to examine the prevailing views of health care workers towards prejudice and to determine how they experience the impact of biases in the performance of their work. We also wanted to determine the extent of discrimination in health care. For this, we used the survey method. The scale for determining prejudice and discriminatory practices has been summarized and adapted for the Slovenian population. The survey was conducted on a sample of postgraduate health care students. Acquired reviews were analysed – we calculated the average scores and standard deviation of claims, as well as the correlation coefficient between the individual claims.

Research has shown that health workers don't have distinctly negative or distinctly positive experience with the situation of vulnerable groups in health care. The survey participants estimate that people can obtain quality health care, regardless of their personal characteristics. But the research has also shown the sensitivity of health care workers to discriminatory practices and prejudices. Individuals, who have already perceived discrimination of other health care workers towards some people, are especially critical against this kind of behaviour. They detect the presence of discriminatory practices based on gender, financial status, sexual orientation, belonging to ethnic or racial minority.

Keywords: Prejudice, discrimination, vulnerable groups, health care workers, health care.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Katarini Babnik, ker me je sprejela in hitro in zelo učinkovito odgovarjala na vsa vprašanja in sporočila ter mi pomagala in me usmerjala pri iskanju strokovne literature za diplomsko nalogo. V zelo veliko pomoč pa mi je bila pri statistični analizi podatkov.

Prav tako se zahvaljujem somentorici mag. Tamari Štamberger Kolnik za vse nasvete in popravke.

Zahvala gre tudi vsem študentom, ki so sodelovali v raziskavi in pri izpolnjevanju anket ter vsem visokošolskim učiteljem, ki so mi pomagali pri razdeljevanju anket in mi s tem omogočili, da sem lahko dokončala raziskovalni del diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi Jasmini Vrtovec za hitro in natančno lektorsko delo.

Posebna zahvala gre moji družini in fantu Nejcu, ki so me spodbujali in podpirali skozi celoten študij.